



**PLAN DE CRIANZA COMPARTIDA**

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DDD)

**SHARED PARENTING PLAN**

FECHA DE VIGENCIA DEL PLAN	FECHA DE REVISIÓN	FECHA FINAL
NOMBRE Y APELLIDO DEL NIÑO/JOVEN		
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL NIÑO/JOVEN	NÚMERO DE DDD DEL NIÑO	
NOMBRE, NÚMERO DE TELÉFONO Y DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL DE DDD		

Padres biológicos/tutor	NOMBRE	NÚMERO DE TELÉFONO
Médico		
Dentista		
Contacto de Emergencia		

Familiares, amigos, y vecinos (y números de teléfono)	Agencias y centros de apoyo de la comunidad	Agencias informales de la comunidad/iglesia	Escuela: Pública o particular
	Familia biológica / Tutor(es) legal(es)		
Otros miembros del equipo	Familia de Crianza		
Servicios para bebés niños pequeños			

Necesidades/preocupaciones del niño	Necesidades/preocupaciones de la familia biológica: ¿Qué le preocupa? ¿Qué necesita?	Necesidades/preocupaciones de la familia de crianza: ¿Qué le preocupa? ¿Qué necesita?
-------------------------------------	--	---

Financiamiento flexible (dentro de las normas)	
--	--

FIRMA DEL PADRE/TUTOR	FIRMA DEL PADRE /MADRE DE CRIANZA	FIRMA DEL TRABAJADOR SOCIAL DE DDD
-----------------------	-----------------------------------	------------------------------------

**PLAN DE CRIANZA COMPARTIDA: PLAN COTIDIANO**

Página 2

FECHA DE VIGENCIA DEL PLAN

**CUIDADO COTIDIANO**

NOMBRE LA(S) PERSONA(S) QUE HACE(N) EL CUIDADO COTIDIANO

**CITAS MÉDICAS (DECISIONES DE TRANSPORTE)**

NOMBRE LA(S) PERSONA(S) QUE HACE(N) LAS DECISIONES PRIMARIAS      DE EMERGENCIA      RUTINARIAS

**HORARIO PARA DÍAS DE FIESTA / OCASIONES ESPECIALES (SI SE APLICA)**

NOMBRE LA(S) PERSONA(S) QUE HACE(N) LAS DECISIONES PRIMARIAS      NOMBRE LA(S) PERSONA(S) INVOLUCRADAS

**PLANES PARA VACACIONES (CUAL ES EL PLAN Y CÓMO ESTÁN INVOLUCRADAS LAS DOS FAMILIAS)**

NOMBRE LA(S) PERSONA(S) QUE HACE(N) LAS DECISIONES PRIMARIAS      NOMBRE LA(S) PERSONA(S) INVOLUCRADAS

**OTROS PLANES QUE LAS DOS FAMILIAS PODRÍAN COMPARTIR**

NOMBRE LA(S) PERSONA(S) QUE HACE(N) LAS DECISIONES PRIMARIAS